الفصل الثانى والعشرون

علاج مشكلات المسنين

Problems in the elderly :Treatment

R. T. Woods ر . ت . وودز

الفصل الثاني والعشرون

عـلاج مشـكلات المسـنين

ر . ت . وودز R. T. Woods

مقدمة

المشكلتان الرئيسيتان فى مجال الصحة العقلية للمسنين ، هما العته والاكتئاب ، ويعانى حوالى ٥ فى المئه من الأشخاص الذين يتجاوزون الخامسة والستين من حالة عته ، وهناك زيادة حادة فى انتشاره بين من تجاوزوا الثمانين . وقد شخص حوالى ٢٠ فى المئة من عينة ممثلة ، فحصهم طبيب نفسى على انهم مصابون بالعته ، ويوجد اكتئاب يقدر بوصفه اكتئاباً حاداً لدى ٤ فى المئة ، ممن تجاوزوا الخامسة والستين ، وتتضمن هذه النسبة أولئك الذين توجد لديهم أعراض ذهانية ، وأولئك الذين يحتاجون لعلاج فى المستشفيات . كما يوجد اكتئاب متوسط الدرجة لدى ١٣ فى المئة مع انخفاض أكبر فى المزاج ، ولدى ٣ فى المئة اضطراب قلق عام ، ولدى ١٠ فى المئه اضطرابات مخاوف ، وهى مخاوف أماكن مفتوحة أساساً (Lindesay et al., 1989) ، وقد قدر ٤٠ فى المئة من عينة الخوافيين هذه على أن لديهم اكتئاباً كذلك. ونحيل القراء إلى جاكوبى واوبنهمر Jacoby and Oppenheimer (1991) للحصول على تقدير شامل للاضطرابات السيكايترية فى المراحل العمرية المتأخرة ، وإلى واتيس وتشيرش Wattis and Church (1986) للحصول على تقدير عملى مختصر .

العلاج النفسى لمرضى العته

مقدمة

عاده ما ينظر إلى التاريخ الطبيعى لحالات العته على أنها تتسم بتدهور متتالٍ فى مجال القدرات المعرفية ، ومهارات رعاية الذات ، ودائماً ماتكون مصحوبة باضطرابات فى السلوك . ومن غير المحتمل تطوير علاج نفسى يعالج تماماً هذه الآثار . ويتعين أن يكون هدف العلاج تحسين نوعية حياة كل الأفراد، الذين يعانون العته ، وأولئك الذين يقومون على رعايتهم . وقد أصبح من المعترف به فى السنوات الأخيرة على نطاق واسع أن لهذه الاضطرابات تأثيراً كبيراً على عائلات المرضى ، ودائماً ما تصاحبها مستويات مرتفعة من التوتر والاكتئاب (Morris et al., 1988) . وقد تتطلب التدخلات مع المرضى محاولات لتغير جوانب سلوكية معينة والمحافظه على الوظائف بقدر الإمكان ، وليس تحويلاً عكسياً لكل العمليات . وقد يكون تعبير « التدبر » [1] أكثر ملاءمة من « العلاج » (Miller, 1977) . وبصفة عامة يتعين أن يكون التدخل جزءاً من بيئة الشخص ، إذا كان يتوقع لتأثيره أن يستمر .

---

(1) Manegement.

وقد طورت أغلب مناحى التدخل فى أطار المواقف المؤسسية ، وهناك دلائل عامة أقل وضوحًا حول تأثيراتها على أغلبية المسنين ذوى العته ، الذين يعيشون فى المجتمع خارج المؤسسات ، والذين يتلقون المساندة من الأقارب والأصدقاء والجيران ، ومن خدمات الرعاية الحكومية . ويمكن إجراء تعديلات لاستخدامها فى مواقف الرعاية النهارية والمواقف الداخلية . وستناقش المناحى النفسية الموجهة إلى مقدمى الرعاية الأسرية فى جزء تال .

الحرمان الحسيى (١)

استهدفت المحاولات المبكرة « لعلاج العته نفسيًا تنبيه المرضى بطرق مختلفة (انظر Holden and Woods, 1998) وحيث عُقد تناظر بين سلوك مرضى العته ، وبين الاختلال المعرفى والحسى فى مرحلة الصغر لدى متطوعين ، عُرّضوا لحرمان شديد ولفترات طويلة من المنبهات الحسية . ويُعزى الحرمان الحسى لدى المسنين إلى توليفة من فقدان حدة الاحساسات ، والبيئة غير المنبهة فى كثير من مؤسسات كبار السن ، وإلى انسحاب الشخص بنفسه من بيئته . ويعد الحرمان الحسى مدمرًا بالنسبة للمرضى المصابين بالعته ، ممن تعتمد قوة ذاكرتهم الحالية المعاقه على المنبهات الخارجية للمحافظة على صلة بالبيئة الملائمة .

وسواء كان هذا التناظر صحيحًا أم لا ، أو كانت الدلائل المؤيدة له موقفية على أحسن الفروض ، فإن هذه الدراسات المبكرة حددت نمط الكثير من الجهود التالية ، وقد جرت محاولات لتغيير البيئه الفيزيقية ، ولتقديم نُظم رعاية ومجموعات عمل وتشجيع على درجة أكبر من الأستقلالية والاجتماعية والنشاط . وتتضمن الدراسات الحديثة التى حاولت تقييم تأثير انواع معينة من التنبيهات الحسية لمرضى العته الحاد Norberg et al. (1986) (الموسيقى - اللمس - وأشياء اخرى مختلفة) وفى دراسة جيبلر وهمسلى Gaebler and Hemsley (1991)(قدمت موسيقي) وفى دراسة هيوجى وزملائه Haughie et al. (1992) (قدمت كلاب منزليه) . والجدير بالذكر فى هذه الدراسات هو استجابة المرضى ذوى العته لجوانب من بيئتهم ، والملاحظات التفصيلية الدقيقة مطلوبه لتحديد هذه الاستجابة ، وهناك مخاطرة حقيقية ، تتمثل فى التقييم السلبى للمرضى ، باعتبارهم غير مستجبين على الإطلاق ، لعدم وضوح الاستجابة على الفور.

البيئة الفيزيقية

على الرغم من صعوبه تغييرالأبنية القائمة ، إلا أنه يمكن تعديل بعض جوانبها ، والمثال التقليدى لذلك هو إعادة ترتيب المقاعد فى غرف المعيشة والردهات . وقد أوضحت عدة دراسات (انظرHolden and Woods, 1988) أن ترتيب المقاعد فى مجموعات صغيرة حول مائدة لتناول القهوة ، يزيد من مقدار التفاعل الاجتماعى بين المقيمين . وتقارن هذه الزيادة فى التفاعل بما يحدث عندما تُصف المقاعد بصورة تقليدية إلى جانب الحوائط ، بما يسمح بالحوار بين الشخص والجالس على يمينه أو يساره فقط ، وهو أمر غير مريح . وتتضمن بعض التغييرات الأخرى توفير وسائل توضح معالم معينة فى المكان ، تساعد المقيمين على إيجاد طريقهم حوله (Hanleg, 1981) ، واستخدام لوحات لأبواب الخروج أو خطوط إتجاه مرسومة على الارض (Hussian and Brown 1987) أو مرايا بالحجم الطبيعى ,Mayer and Darby) (1991 ؛ لكى تقلل بقدرما توهان المرضى خارج الجناح المخصص لهم ، وقد وضعت هذه العوامل الفيزيقية فى الاعتبار بقدر أكبر عند تصميم منشآت جديدة للمرضى المصابين بالعته ;Manser, 1991) (Marshall, 1992; Netten, 1993 وتهتم التصميمات الحديثة بالوحدات المعيشية الصغيرة التى تتسع

(1) Sensory depriviation.

لإقامة عشرة أشخاص بحد أقصى فى كل وحدة ، وتتكون كل وحدة من غرف فردية للنوم ومنطقة عامة تتوفر بها الخدمات المنزلية ، بهدف تحقيق مناخ منزلى والإقلال بقدر الإمكان من إعاقات الشخص . وهناك تقييم للتأثير الشامل لهذه التصميمات على المقيمين ، وفريق العناية (مثال ذلك مخطط دوماس Damus فى الولايات المتحدة(Lindesay et al., 1991)، ونظام كانتو Cantou فى فرنسا .,Ritchie et al) (1992 غير أنه لا يمكن عزل البيئة الفيزيقية عن نظام الرعاية المقدم . وتوفر أغلب المؤسسات الاحتياجات الفيزيقية للمقيمين من مرضى العته بطريقة جيدة . وتوفير فريق الرعاية للطعام والشراب والمأوى والعون أمر واضح بالرغم من أنه دائمًا ما يتطلب المزيد. وتحاول المؤسسات الجيدة أيضًا الوفاء بالاحتياجات النفسية الأكثر تعقيدًا للشخص .

الرعاية النموذجية

إذا كان يجب زيادة مستوى جودة الحياة للمقيمين ، وجرت محاولة للوفاء بالاحتياجات النفسية ، فيجب على البيئة المؤسسية أن تشجع الجوانب الآتية :

١ - قيام الرعاية على أسس فردية ، مثال ذلك يجب أن يستخدم المقيمون دورة المياه وفقًا لنمط استخدامهم الطبيعى للتبول ، وليس فى عدد من المرات ، تتاح لهم جميعًا كمجموعة ، ويجب اعداد الأنشطة والألعاب ، والموسيقى وغيرها بما يلائم الأذواق والتفضيلات الفردية ، كما يحب وجود برامج للرعاية الفردية . (Holden and Woods, 1988)

٢ - زيادة إحساس المقيمين بالقدرة على التحكم فى بيئتهم ، فى أى ترتيبات الإقامة الجماعية ، وأحيانًا ما يفتقد مثل هذا التحكم ، وقد تكون لجان المقيمين غير ملائمه لمن لديهم إعاقات معرفية حادة ، غير أن الاختيار يجب أن يظل متاح أمامهم ، وأن يقدم لهم حتى يستطيعوا الاستجابة . مثال ذلك ما أوضحة ديفيد وسنث David and Snaith (1980a) من أن إمكانية اختيار الاطعمة من قائمة طعام استبعدت فى بعض المواقف أو قدمت بطريقة شديدة التعقيد .

٣ - الحفاظ على المهارات أسهل من استعادتها فى حالة مرضى العته ، لذا يتعين أن تستثير البيئة وتعزز محافظة المقيم على قدراته ، وأن لاتعزز بصورة تميزية السلوك غير الاستقلالى ، أو غير الملائم كما يحدث دائمًا (Baltes, 1988) ، ويعنى هذا أنه يجب إعطاء المقيمين وقت كاف لإطعام أنفسهم، وارتداء ملابسهم بأنفسهم مثلا ، بدلاً من إطعامهم وإلباسهم الملابس لمجرد الانتهاء من ذلك بسرعة ،أو لتجنب مقاطعة روتين جامد . ويجب ألا تشكل مشكلات عدم ضبط النفس والصياح والتوهان فى المؤسسه كل اهتمامات فريق الرعايه ، وإلا فإن المشكلات ستصبح أسوأ .

٤ - علاج المقيم المريض بالعته بوصفه انسانًا من المؤكد أنه معاق ، ولكن يظل له الحق فى أن يحظى بالاحترام ، وأن لا يعامل بوصفه شىء أو على أنه أبله أو دمية أو طفل ، فالمقيم عاش خبرة الانسان الراشد ، وهو يتوافق الآن مع مهانة الفشل العلنى ، ولا يوجد من يتحدث إليه ، وهو يشاهد أشكال فقدان الكرامة الأخرى فى المؤسسة ، ويجب عدم الأرتكان إلى فقدان المريض للاستبصار ،أو تعرضه لضعف الذاكرة لاعتبار أن الأمر لايهم . وبعيدًا عن المبادئ الإنسانية التى يتضمنها الموقف ، يبدو من المحتمل أن الأشخاص المصابين بالعته سيعملون بأفضل ما يمكنهم فى بيئة تتشكل ؛ للمساهمة فى أن يعيش الأفراد خبرة النجاح والمحافظة على بعض استقلاليتهم ، وليس أن يعرفوا معنى الفشل وانعدام الكرامة ، وحيث يستطيعون الشعور بالأمان وعدم التوتر الزائد ، وحيث يُعنى بهم الآخرون ويستطيعون هم العناية بالآخرين، ويذكر كيتوود Kitwood فى سلسله من المقالات المهمة للغاية ;e. g. kitwood, 1990)

(Kitwood and Bredin, 1992) أن ما يصفه باعتباره علم النفس الاجتماعى السئ فى مجال العته ، هو الذى يعالج الشخص على أنه أقل من شخص ، مقللاً من شأنه ، مضعفًا له ، متفضلا عليه بالرعاية ، بما يؤدى إلى تفاقم الحالة وسرعة حدوث الاختلالات العصبية . وعلى هذا ، فإن جوهر الحفاظ على الوظائف العقلية ينتج عن وضع الشخص فى بؤرة الرعاية ، وهو ما يعنى الاعتراف بإنسانيته والسعى إلى تأكيدها لدى المرضى ، الذين يعانون من العته .

تغير البيئة

إحدى الدلالات المهمة لمراجعتنا المختصرة هذه للمؤسسة النموذجية ، هى أن نجاح أى دراسة للتدخلات تركز على جانب واحد فى البيئة ، قد تعتمد بشكل جيد على بقية خصائص البيئة الاخرى . مثال ذلك أن تقديم جلسات للنشاط الأسبوعى قد يكون له تأثير ضخم على موقف لا تقدم فيه أيه أنشطة بصورة روتينية ، بينما يكون أقل أهمية فى وحدة ، تكون فيها الأنشطة الفردية جزءاً من الحياة اليوميه (وقد وصف هيد وزملاؤه Head et al., 1990 مثالاً لذلك) . وعندما يُعامل المقيمين بصورة غير إنسانية قد تعكس جلسات الأنشطة المناخ العام ، وتصبح خبرة أخرى من خبرات الفشل لهم ، وفى بعض المواقف الاخرى التى تتبنى منحىً يكون الفرد محورة ، تصبح الأنشطة أكثر التصاقًا بالشخص وملائمة لقدرات واهتمامات كل مقيم وتصبح أكثر فائدة – وأى تعميم للنتائج عبر المواقف ، يفترض تشابهًا فى الاتجاهات والنظام .

مثال ذلك ماذكره ديفز وسنت Davies and Snith (1980 b) – حول الفروق الكبيره فى مناخ وقت تناول الوجبات بين جناحين متناظرين للمسنين ، حيث كان بمثابة مناسبة اجتماعية فى أحد الجناحين، بينما كان يحدث تفاعل ضئيل فى الجناح الآخر (غالبًا ماكان فريق الرعاية هو الذى يحفزه) ، وحيث كانت تقدم للمرضى اختيارات أقل ، وكانت هناك أوقات كثيرة يتجاهل فيها أفراد الفريق رغبات المرضى .

وقد تبين أن الفروق تتعلق بالبيئة الفيزيقية للمؤسسة ، حيث كانت هناك مسافة اجتماعية بين الفريق والمرضى ودور ممرض الجناح . وتغيير أحد هذه المتغيرات (البيئة الفيزيقية) بجعل المرضى يجلسون حول مائدة أدى إلى زيادة فى مقدار التفاعل بينهم ، بشكل مؤقت على الأقل (Davies, 1982) . ويجدر ملاحظة أن الشخص المسئول عن الوحدة ، قد يكون له تأثير جوهرى على التوقعات والاتجاهات ونمط الرعايه .

وبالمثل أوضح ميلن وجوتستام Melin and Gotestam (1981) حدوث تحسن فى مهارات تناول الطعام والتفاعل الاجتماعى لدى مرضى العته ، أثناء تناول الوجبات ، نتيجة لإحداث تغيير فى نظام يتسم بالصرامة فى فرض حدود للوقت ، أثناء قيام فريق الرعايه بإطعام المرضى البطيئين إلى نظام يمنح فيه وقت غير محدد للإنتهاء من تناول الطعام ، مع تأكيد الخصائص الاجتماعية للموقف ، وبما يسمح بالمزيد من الاختيارات والاستقلالية ، وقد ظهرت فى الدراسة نفسها زيادة فى التفاعل الاجتماعى والانشطة ، لوحظت عندما سُمح بالاختيار والاستقلالية .

ويصف بران وزملاؤه Brane et al. (1989) نظامهم بأنه تعزيز الرعاية المتكاملة (1) ، ويتضمن هذا النظام رعاية على المستوى الفردى ، وتشجيع الاختيارات ، وتوفير مناخ أكثر شبهًا بجو البيت، والسماح بارتداء الملابس الشخصية والاحتفاظ بالممتلكات الخاصة ، وتشجيع الأنشطة مع السماح

(1) Integrity Promotion Care.

للمرضى بالاشتراك فيها بكامل حريتهم . وبعد ثلاثة أشهر لوحظ تحسن متنوع لدى المرضى فى هذا الجناح ، مقارنة بمجموعة ضابطة تتلقى رعاية تقليدية ، وتضمنت المجالات التى حدث فيها تحسن كلاً من المزاج والاداء الحركى ، والخلط ، والتشتت .

تعديل السلوك (١)

على الرغم من الاهتمام الواضح والتوقعات ، فمازال هناك القليل نسبيا من التقارير حول التطبيق الناجح لأساليب تعديل السلوك للمرضى بالعته جيدى التحديد (Patterson and Jackson, 1980; Holden and Woods, 1988; Woods and Britton, 1985) . وقد تضمنت التدخلات الناجحة التوهان داخل المؤسسة ، وبعض السلوكيات النمطية الأخرى غير الملائمة (Hussian, 1981) ، وزيادة التوجيهات (انظر القسم التالي) ، وزيادة التفاعل الاجتماعى والمشاركة (Carstensen and Erickson, 1988) وزيادة الحركة (Burgio et al. 1986) ، وزيادة المشاركة فى الانشطة (Burton, 1980) ، وإظهار السلوك المرغوب من خلال موشرات تنبهية ، أو تقديم منبهات فارقة قوية للسلوك ، والذى برهن دائماً على أنه هو العنصر الجوهرى فى البرنامج ، وليس جداول التعزيز فى حد ذاتها . مثال ذلك أن التقدم الذى حدث فى دراسة برجيو وزملائه .Burgio et al ، والذى استهدف زيادة حركة المرضى ، كان شديد السرعة لدرجة أن المؤلفين استخلصوا أن إمكانيه المشى لابد أن تكون عنصراً مهماً، ويحتمل أنه تصادف أن كانت الرعاية فى هذا البيت للرعاية ، هى التى لم تكن تشجع على المشى ، ربما لاقتناع فريق الرعاية بضرورة أن يظل المقيمون على مقاعدهم المتحركة . ويعد ذلك مثالاً جيداً لوجود إعاقات زائدة ، وحيث يكون أداء الشخص فى أسوأ مستوياته بأكثر مما تفرض حالة العته لديه وذلك استجابة لسلوك واتجاهات مقدمى الرعاية ، كما يعد ذلك أيضاً مثالا لمفهوم كيتورد عن « علم النفس الاجتماعى السئ » .

وبقدر شيوع الصعوبة ، بقدر صعوبة التعامل معها ، فمشكلات عدم السيطرة على الحاجات كانت محوراً لنتائج متضاربة ، عندما طبقت الأساليب السلوكية ، وقد استخدم شينل وزملاؤه Schnelle et al. (1989) وبورجيو وزملاؤه Burgio et al. (1988) بنجاح اجراء تفريغى تنبيهى ، وحيث طلب من المقيمين فى دار للرعاية ببساطة أن يذكروا وفق قوائم منتظمة ، كل ساعة مثلا ، مدى رغبتهم فى استخدام دوره المياه ، وعززت بناء على ذلك السيطره على الحاجة بشكل نظامى ، ولم يكن الهدف هنا هو التدريب الاستقلالى على استخدام دورة المياه .

والواقع أن التنبيه الذاتى للحاجة إلى دورة المياه أصبح أقل تكراراً فى الدراسة التالية . وقد استخدم رونا وزملاؤه Rone et al. (1986) إجراءً أكثر تعقيداً ، هادفين من ورائه زيادة الاستقلال فى استخدام دوره المياه ، كانت له نتائج متضاربة ، فقد أظهر المرضى الذين كانوا يفقدون السيطرة على أنفسهم مرة فى اليوم بعض التحسن ، بينما لم يستجب المرضى متكررو فقدان السيطرة للبرنامج التدريبى .

وتتطلب السيطرة على الرغبة عدداً من المهارات المختلفه ، منها العثور على دورة المياه ، وتعرفها ، وفك الملابس . . إلخ ، كما تتأثر لدى المسنين بعدد من العوامل الفيزيقية .

وتوفر المناحى متعددة النماذج التى تتناول الجوانب الفيزيقية والنفسية والبيئية ، وتحلل العوامل

(1) Behaviour Modification.

التى تؤدى إلى فقدان السيطرة على الرغبات فى كل حالة ، وتعدل نُظم استخدام دورات المياه للأنماط المختلفه من التبول الكثير من العون ، فى هذا المجال (Hodge, 1984) .

التكيف مع الواقع

التكيف مع الواقع (١) كما يصفه هولدن وودز Holden and woods (1988) يسعى لجعل الشخص يتكيف لفظيًا وسلوكيًا . والهدف منه هو مساعدة مرضى العته ليكونوا أكثر وعيًا بما يحدث حولهم ، وأن يكونوا قادرين على استخدام هذه المعلومات فى حياتهم اليومية . ويتم عدم تدعيم الحديث المختلط أو المفكك بصورة منْظمة . ويجرى التكييف مع الواقع بصورة غير رسمية على مدى الأربع والعشرين ساعة من اليوم ، فى كل تفاعل يحدث بين أفراد الفريق والمريض ، ويتم تشجيع المريض على استخدام معينات للتذكر كالمؤشرات والملاحظات . وتهدف جلسات التكيف للواقع أستكمال التكيف للواقع، الذى يتم على مدى اليوم . وفيها تجتمع مجموعة صغيرة من ثلاثة إلى أربعة مرضى يوميا فى المعتاد لمدة حوالى نصف ساعة . وتجرى مساعدة الأفراد ، من خلال انشطة منظمة ، ومناقشات على النجاح فى استخدام المؤشرات والتنبيهات ، مع تدعيم السلوك الملائم .

وقام هولدن وودز Holden and Woods (1988) بعدد من المراجعات المضبوطة وأوردا وجود تأثير محدد ، ولكنه جوهرى لجلسات التكيف مع الواقع ، وذلك على مقاييس التكيف اللفظى فى عدد من المواقف المتنوعه . وكانت فترات التكيف للواقع الممتدة على مدى الأربع والعشرين ساعة موضوعًا لعدد أقل من الدراسات التقييمية ، على الرغم من وجود عديد من الدراسات ، التى ذكرت فعالية جلسات التدريب النوعى فى مساعدة المرضى المتدهورين على العثور على طريقهم حول الجناح أو فى المنزل ، والتى كانت تستخدم معالم عيانية (Lem and Woods, 1986). وقد أوضح ريف وايفسون Reeve and Ivison (1985) حدوث تحسن فى التوجه المكانى جاء تاليا لتطبيق برنامج تكيف مع الواقع على مدى الأربع وعشرين ساعه من اليوم . وبالمثل أوضح وليمز وزملاؤه Williams et al. (1987) حدوث تحسن معرفى وسلوكى، ارتبطا بالتكيف مع الواقع ، خلال الأربع والعشرين ساعة . وكثيراً ما استخدمت الذكريات الماضية لتقوية الصلات فى جلسات التكيف مع الواقع ، وقد جذبت الاهتمام بوصفها منحىً قائمًا بذاته . كما استخدم العلاج باستعادة الذكريات (٢) مع الأفراد ، ومع مجموعات صغيرة (Noriss, 1986; Thounton and Brotchie, 1987; Woods et al., 1991) . وقد استخدمت فيه الصور الفوتوغرافية والسجلات التاريخية ، وبنود من الماضى لتنبيه مجموعة متنوعة من الذكريات الشخصية . والدراسات التقييمية لاستخدامه مع اشخاص مصابين بالعته قليلة ، ولم تظهر بعد تأثيراته بصورة واضحة . وقد وجد هيد وزملاؤه Head et al. (1990) زيادة فى مقدار التفاعل فى مجموعة واحدة ، عند مقارنته بنشاط بديل ، غير أن مجموعة فى دار أخرى للرعاية النهارية فشلت فى اظهار ميزة فارقة له ، بعد انخراطها فى أنشطة استعادة الذكريات . وقد أورد باينس وزملاؤه Baines et al. (1987) بالمثل نتائج خاصه بمجموعتين ، أظهرت احداهما فقط تحسنًا فى التكيف وفى الأداء خارج المجموعة . ومن الواضح أن هذا النشاط مثير لشغف عديد من المسنين المصابين بالعته – إلا أنه لا يوجد حتى الآن إلا عدد قليل من الدلائل ، حول استمرار تأثيره بعد انتهاء الجلسات الجماعية ، أو على أنه أكثر فعالية فى زيادة التفاعل داخل المجموعات ، من أى نشاط آخر.

---

(1) Reality Orientation (RO) .
(2) Reminid Scence therapy.

وهناك عدم رضا عن التكيف للواقع ، الذى يمكن أن يطبق بطريقة متصلة ، تخلو من المشاعر ، إذ كان يؤكد بشدة على تصحيح أخطاء الشخص ، بدلاً من السعى نحو فهم محاولاته للتواصل Dietch) et al, 1999 ، وقد أدى ذلك إلى زيادة الاهتمام بالعلاج الفعال (١) (Feil, 1989) ، وحيث جرت محاولات لتبين محتوى المشاعر والانفعالات الخاصة بما يقوله الشخص ، بدلاً من التركيز على المضمون الواقعى والاستجابة له . وقد بدأت الدراسات التقييمية فى الظهور Morton and Bleath man, 1991;) Bleathman and Morton, 1992) ، إلا أن النتيجة حتى اليوم هى أن النجاح فى استعادة الذكريات هو إضافة مفيدة لرصيد الأساليب ، التى يمكن استخدامها ، عند العمل مع مجموعات الأشخاص والأفراد المصابين بالعته . دون وجود دلائل واضحة على اثار للمقاومة ، أو على نتائج أفضل بصفة عامة من بقية الأساليب . وقد اوضح وودز Wood (1991) أن الأساليب المحورية فى العلاج الفعال تتوافق مع أساليب التكيف مع الواقع ،عندما تستخدم بطريقة فردية وحساسة ، وهو يرى أن النظر إلى الأساليب الأخرى، بوصفها أساليب منافسة يمكن أن يبعد الانتباه عن الحاجة إلى العثور على أكثر استراتيجيات العمل فعالية مع أشخاص معينين ، خلال فترة معينة .

اتجاهات الفريق

يرتكز تقييم هذه الأساليب بصفة عامة على التغيرات فى سلوك المرضى ، على الرغم من أن تغير اتجاهات وسلوك فريق العناية قد يكون له القدر نفسه من الأهمية فى المؤسسة ، مثال ذلك أن استعادة الذكريات قد تكون لها قيمة خاصة من حيث أنها تضع الأشخاص المصابين بالعته فى موقف ، يكون لديهم فيه ما يعطونه ، من خلال وصفهم للأحداث والخبرات للآخرين ، ممن لم يشاركوا فى مثل هذه الخبرات، ويؤدى ذلك إلى مساعدة أفراد الفريق على رؤية الأفراد فى سياق كل حياتهم وعملهم وعلاقاتهم واهتماماتهم ، وغير ذلك ، وهو ما يمكن أن يساعد بقدر كبير على أن تصبح الرعاية على أسس شخصية . وقد تزايدت بالتأكيد معارف فريق الرعاية بالمعلومات الشخصية للمقيمين ،الذين اشتركوا فى استعادة الذكريات (والتكيف مع الواقع) فى دراسه بانيس وزملائه .Baines et al ، وقد تؤدى الأساليب الأخرى بالمثل إلى تغيرات فى الاتجاهات . وقد ذكر انجستاد وجوتستام Ingstad and Gotestam (1987) حدوث تغيرات إيجابية فى اتجاهات الفريق فى جناح لمرضى العته الحاد ، جاء تالياً للتغيرات فى البيئة ، وصفها ميلن وجوتستام Melin and Gotestam (1981) .

ويبدو من المهم فى أى موقف القيام بتحليل متآن لاتجاهات الفريق ، وتوقعاته والإطار المؤسسى ، ولتجنب التسرع فى هجر طريقة علاجية بوصفها غير مجدية . وعادة ما تكون هناك حاجة للعمل بكل حرص وبشكل متواصل وبصبر مع الفريق المسئول على كل المستويات ، إذا كان الأمر يقتضى أن يحصل التدخل على فرصة لتطبيقة بصورة تحوز الرضا . مثال ذلك أنه يتعين على فريق الرعاية أن يدرك بكل الجدية ما إذا كانت البيئة هى أحد العناصر التى تستحق التكيف معها ، قبل تقديم برنامج التكيف مع الواقع . ويوفر منحى التخطيط للعناية الفردية إمكانيات التركيز على تفرد الرعاية اعتمادا على الاحتياجات الفردية ومصادر القوه وآفات الشخص ، ولوضع أهداف العلاج فى خطه للرعاية ، الشخصية تقوم على تحديد أين يكون الشخص بصفة دائمة فى أدنى مستوى لأدائه . وقد بين باروكلوف وفيلمنج (Barrowclough and Flemming, 1986) إمكانيه تدريب أفراد الفريق فى بيوت الإقامة بشكل فعال؛ ليقوموا باستخدام هذه الأساليب ، التى تتناسب جيداً مع مجال العمل المتكامل ، الذى وصفه هولدن وودز

(1) Validity Therapy.

Holden and Woods (1988) . وتنطبق الأساليب ذات الطابع الفردى فى تدبير الرعاية كما طبقها شاليس وزملاؤه Challis et al. (1988) على مسنين مصابين بالعته ، وعلى القائمين على رعايتهم فى المجتمع الخارجى .

ولدى فريق الرعاية مهمة صعبة تتمثل فى التعامل مع اضطراب له تاريخ طبيعى فى التدهور التدريجى ، وله وجود على المستويين العقلى والبدنى ، وحتى خفض معدل التدهور لا يماثل نجاح رؤية المريض يتحسن . ويحتاج أفراد الفريق للمساعدة على تحديد التغيرات الدقيقة للغاية والتى قد تتضمن إمكانات مهمة فى مستوى الحياه المتاحة . ويعد الدعم المتبادل والتشجيع أمراً جوهرياً فى هذا العمل المرهق والمثير للتوتر . وتتطلب هذه الجوانب اهتماماً من علماء النفس بقدر الاهتمام – إن لم يكن أكثر – بتفاصيل حزم العلاج المستخدمة .

التدخل مع مقدمى الرعاية الأسرية

تزايد الوعى خلال الأعوام الأخيرة بالدور المحورى لمقدمى الرعاية الاسرية فى دعم المسنين ذوى العته فى منازلهم ، وبالثمن الفادح الذى يدفعه الكثيرون من مقدمى الرعاية من توترهم واكتئابهم ، عندما يجدون أن عليهم التغلب على فقدانهم الجوهرى للشخص ، وما كان عليه فى الماضى ، بالإضافة إلى تعاملهم يومًا بعد يوم مع أنماط مستمرة من التدهور المعرفى ، وقدرات العناية بالذات ، مما لا يمكن التنبؤ بمقداره ، والذى كثيراً ما يكون مصحوبا باضطراب سلوكى ، يصعب التعامل معه داخل البيت .

ويوجد وصف لثلاث استراتيجيات للتدخل النفسى على الأقل ، تتضمن القضايا الخاصة بمقدمى الرعاية الأسرية . الأولى هى تعليم مقدمى الرعاية كيفية استخدام الأساليب السلوكية لتعديل سلوك الأشخاص المصابين بالعته ، وقد استخدم بنكستون وزملاؤه Pinkstone et al. (1988) هذا الأسلوب مع ٦٦ من مقدمى الرعاية ، مستهدفين عدداً من المجالات ، بما فى ذلك رعاية الذات والعدوان والمشى ، وقد استخدمت تصميمات لحالات فردية لتقييم التغيرات فى الأهداف السلوكية . وقد أظهر أكثر ٧٥ فى المئة من المرضى تحسنًا نسبيًا . وفى دراسة مثيرة لحالة فردية ، قام جرين وزملاؤه Green et al. (1986) بتعليم إحدى القائمات على الرعاية استخدام المدعمات الاجتماعية لزيادة تلقائية وملاءمة السلوك اللفظى المعاق معرفيًا لزوجها. وعندما تكون هذه الاستراتيجية مؤثرة ، يمكن استخدامها لمساعدة مقدمى الرعاية على الشعور باحساس عظيم بالتحكم ، وإحساس أقل بفقدان الحيلة ، كما تتضمن إمكانية تحسين حالته المزاجية . وقدأوضح هنشليف وزملاؤه Hinchliffe et al. (1992) فى دراسة استطلاعية صغيرة أن اثنين من مقدمى الرعاية ، الذين تعلموا بنجاح استخدام أساليب التحكم السلوكية لخفض بعض الأنماط المعينة من سلوك التهيج ، قدما تقارير عن انخفاض حاد فى توترهم . وعلى الرغم من ذلك ، يكون الأقارب عند أول مقابلة فى أزمة ، ودائمًا ما يكون التوتر قد أصبح غير محتمل ، ومن الأفضل ضرورة تعلم هذه الأساليب فى فترة أكثر تبكيراً ، عندما يكون من الممكن التحكم فى التوتر ، أو أن يقدم لمقدمى الرعاية غير الضالعين انفعاليا مع المريض . ويمكن استخدام بعض الأساليب الأخرى مثل إستعادة الذكريات ؛ لتيسير التواصل بين المسن وأقاربه (Davies, 1981) . وأفراد الأسرة هم أفضل من يستطيع استخدام المؤثرات التنبيهية ، مثل ألبومات الصور والمقتنيات الأسرية الموروثة وغيرها .

محور الاستراتيجية الثانية هو مشاعر التوتر على وجه الخصوص لدى مقدمى الرعاية ، وحيث يتم تعليمهم استخدام أساليب خفض التوتر. وقدم جندرون وزملاؤه Gendron et al. (1986) جلسات تدريبية فى الاسترخاء والتوكيدية لمقدمى الرعاية ، وقد ذكروا مزايا محققة فى مجال خفض التوتر

والتوكيدية ومهارات حل المشكلات ، مقارنة بمجموعة ضابطة من مقدمى الرعاية ، وعلى امتداد ستة أشهر من المتابعة . وقام ساتكليف ولارنر Sutcliffe and Larner (1988) بتعليم مجموعة صغيرة من مقدمى الرعاية أساليب التعامل مع القلق والتحكم فى الغضب ، وقد اقترن هذا الشكل من التدخل بانخفاض كبير فى التوتر ، مقارنة بأسلوب تقديم المعلومات المتعلقة بالعته لمقدمى الرعاية .

الاستراتيجيه الثالثه تعليميه بالمعنى الواسع ، وهى تتجه بالاضافه إلى عناصر الاستراتيجيتين السابقتين إلى الجوانب المعرفية ، أى ادراكات واعزاءات مقدمى الرعاية حول الموقف ، وطرق مضاعفه المساندة فى اطار الخدمة الرسمية والأسرية والاصدقاء .

وقام لوفيت وجلاجر Lovett and Gallogher (1988) بتعليم مهارات حل المشكلات بوصفها تدخلا نفسيا تعليميا ، ووجدا انخفاضا ملموسا فى مستويات الاكتئاب . وعلى الرغم من ذلك فلم تجد كل الدراسات تحسنا فى المتغيرات الأساسية للاكتئاب والتوتر ، عند المقارنة مع مجموعة ضابطة (e. g. Zarit et al., 1987) وقد وفر برود اتى Brodaty (1992) مراجعة مفيدة للتراث ، والقى الضوء على جوانب الضعف فى الدراسات المنشورة حديثًا ، والتى كثيرًا ما استخدمت فترات تدريب قصيرة للغاية ، ودون أن تستهدف مقدمى الخدمة ذوى المستويات المرتفعة التوتر بصورة مناسبة . وقام بروداتى وجريشام Brodaty and Gresham (1989) بالجمع بين المرضى ومقدمى الرعاية معا فى وحدة خاصه داخل المستشفى ، وبينما كان مقدمو الرعاية يتلقون تدريبًا على استراتيجيات التغلب ، كان المرضى يحضرون جلسات للتدريب على التذكر . وقد ذكر مقدمو الرعاية مستوى أقل من التوتر على مدى اثنى عشر شهراً من المتابعة ، مقارنة بمجموعة ضابطة من مقدمى الرعاية ، ممن حضر أقاربهم التدريب لفترة مناظرة ، ولكن دونهم ، وبذا يكونوا قد تلقوا فترة راحة من مهامهم وليس تدريبًا ، وقد اتجهت مجموعة المرضى الضابطة إلى العناية المؤسسية فى فترة أسبق من مرحلة دخول الاقارب ومقدمى الرعاية ، الذين تلقوا التدريب . ومازال الجدل قائمًا حول مزايا الارشاد الفردى فى علاقته بالأساليب الجماعية ، واستخدام أقران للإرشاد (والذين يتلقون تدريبًا جيداً ويعملون تحت الإشراف) بدلاً من المعالجين المحترفين (Tosel et al., 1989; Tosel and Smith, 1990) . ومن الواضح أن هذا المجال يتضمن إمكانات كبيرة ، إلا أنه مازالت هناك حاجة لقدر كبير من العمل ؛ لتطوير أساليب تفصل خصيصاً لكل حالة فردية ، وذلك قبل ظهور التوتر والاكتئاب اللذين يثقلان كاهل مقدمى الرعاية حتى يستطيعوا العمل بثقة .

علاج الاضطرابات الوجدانية

مقدمه

يبدو أن العلاج النفسى [(١)] للاكتئاب يقدم بقدر أقل للمسنين ، مقارنة بالراشدين الأحدث عمراً . وعلى الرغم من أن الاساليب الفارماكولوجية الفعالة متاحة على نطاق واسع ، إلا أن هناك صعوبات فى استخدامها على مدى طويل مع بعض المرضى المسنين ، من ذوى المشكلات الصحية المعينة ، ومعدلات الانتكاس المرتفعه نسبيًا (Murphy, 1982) ، ويشفى عدد كبير من المرضى جزئيًا فقط ، مع استمرارعدد من الأعراض المعوقة معهم . ونسبة تصل إلى العُشر لا يتحسنون على الاطلاق ، وبالتالى يوجد ، بكل تأكيد ، مجال لاستخدام الأساليب النفسية ، التى يمكن أن تكون بديلاً للعلاج الفيزيقى .

---

(1) Psychological treatment.

وسيتم التركيز فى هذا القسم على العلاج المعرفى السلوكى ، ونحيل القراء المهتمين بالعلاج النفسى [١] للمسنين إلى نايت (Knight (1986; 1992 وسماير وزملائه (Smyer et al. (1990 .

وبصفة عامة ، يمكن القول أن التشابه بين علاج الأشخاص الأصغر عمرا ، والمسنين أكبر من الاختلاف . وهناك عدد من النقاط تستحق عناية خاصة .

الصحه الجسمية

يقترن الاكتئاب بشدة بالصحة العليلة لدى المسنين (Pitt, 1991)، والاعراض الجسمية شائعة لدى المسنين المكتئبين ، وقد يوجد الاكتئاب بوصفه مرضاً عضوياً . وعلى النقيض من ذلك ، قد يظهر المرض العضوى على انه اكتئاب أو معجل بالاكتئاب . وقد تؤثر العقاقير المستخدمه لكثير من الشكاوى العضوية فى المزاج ، أو تتدخل فى العلاج ، وقد تؤثر صحة الشخص فى المدى المطلوب تحقيقه من الأهداف ، أو فى مقدار الطاقة الذى يمكن للشخص أن يكرسه للعلاج . ويُنصح بالعمل اللصيق مع الزملاء الطبيين ؛ بحيث يقوم العلاج من خلال أفضل تقييم لمشكلات المريض العضوية ، وبالمثل يوجد للعجز فى الحواس علاقة ؛ ففقدان حدة البصر يمكن أن يعرقل إمكانية استخدام المواد المكتوبة فى العلاج المعرفى ، مالم يصحح هذا الفقدان بشكل مناسب . وفقدان السمع أو حتى درجة متوسطة من فقدانه يمكن أن يتدخل فى العمل الجماعى (انظر Rabbitt, 1988) ، ويمكن أن يحول عملية إعطاء تعليمات الاسترخاء إلى مهمة صعبة . وقد برهن استخدام المرضى للسماعات المحمولة مع سماعات الرأس ، واستخدام المعالج لميكرفون على أنه مفيد مع المرضى ، الذين يعانون من فقدان السمع .

التدهور المعرفى

وجه بعض الكُتاب (e. g. Church, 1983; 1986) الانتباه إلى التغيرات المعرفية عند المسنين فى القدرة على التجريد على وجه الخصوص ، وأوضحوا أنها يمكن أن تؤدى لجعل تطبيق العلاج الذى يتضمن أفكاراً مجردة أمراً صعباً . وبالتالى فهناك حاجة ماسة لأن يقوم العلاج المعرفى على أساس عملى وسلوكى ، بقدر أكبر . ومن غير الواضح ماهو المدى الذى تصل إليه التغيرات العمرية الفعلية ، ويبدو أن الفروق بين الأجيال تعمل هى الأخرى ، كما أن هناك فروقاً فردية كبيرة بين المرضى . ويحتاج الأمر لأن يتم تفصيل العلاج بعناية ، على أساس الإمكانات العقلية لكل مريض على حدة ، مثال ذلك أن عديداً من المرضى المسنين يجدون أن عملية تسجيل الأفكار التلقائية أمر شديد الصعوبة ، وعلى الرغم من ذلك يستطيع بعضهم القيام بهذا التسجيل .

الفقـــــدان

يعانى أغلب المسنين من مشاعر فقدان عدد من الأشياء مثل العمل والصحة ، والجهاز الحسى ، وبيت الأسرة ، وربما فقدان أحبائهم أيضاً . وعند تقييم حالة الشخص المكتئب ، فمن الضرورى التفكير فى مدى تأثير الكثير من أشكال الفقدان ، التى عانى منها الشخص ، والطرق التى حاول بها التغلب على هذه المواقف . ويرى باركس (Parkes (1992 من خلال مراجعة مفيدة قام بها أن كرب فقدان الشخص المسن لشريك حياته قد يكون أقل شدة ، وأن الأعراض البدنية هى الأكثر أهمية . وقد يكون لدى المسنين ميل شديد نحو الانسحاب ، على العكس مما يحدث لصغار السن . والحزن المتوقع يؤدى إلى أذى أكثر

(1) Psycho therapy.

مما يفيد : ووجود إمكانيه للإعداد لموت الشخص تفوق فى قيمتها التوتر الناجم عن العناية بشخص موشك على الوفاة ، وبما يترتب عليه من عزلة اجتماعية .

وكل رد فعل للحزن مختلف ، بالطبع ، عن غيره ويعتمد كثيراً على طبيعة العلاقة بالشخص الذى توفى . ويساعد محتوى الحزن الذى أمكن تحديده لدى صغار السن على وصف الحزن لدى المسنين ، غير أنه لا توجد نتائج قاطعة يمكن افتراضها . ودائمًا ماتكون مشاعر الصدمة وعدم التصديق هما رد الفعل الأول . وقد تظهر بعد ذلك مشاعر الاعتراض ، والاشتياق ، والبحث عن الشخص المتوفي، وفقدان النظام واليأس ، بما فى ذلك ملامح من غضب ومشاعر ذنب . ودائمًا ما يكون الانفصال أو عدم التعلق وإعادة التنظيم بمثابه نقطة النهاية فى عمليات الحزن .

وإحدى دلائل هذا الفقدان المتعدد الجوانب ، هو أن الشخص يمكن أن يعانى من مصاعب الحياه الحقيقية ويحتاج إلى العلاج للمساعدة على تمييز الاكتئاب واليأس وفقدان الحياة عن التقييم الواقعى لحدوده الشخصية . والتشويه المعرفى أكثر صعوبة فى تحديده ، عندما يعانى الشخص من عدد من مظاهر القصور الفيزيقية والاجتماعية ، التى يحاول التغلب عليها .

توقعات المريض

يذكر سيتوار وهامن Steuer and Hemmen (1983) أن الاحتمال الأكبر هو أن المسنين ينتظرون بسلبية تلقى مساعدة الخبراء ، وهم غير راغبين فى ممارسة نمط سلوكى جديد أو إهمال أنماط قديمة . وقد يمثل ذلك صعوبة نوعية بالنسبة للمرضى ذوى المشكلات المزمنة . ويشير إيمرى Emery (1981) إلى الحاجه للتطبيع العلاجى (١) ؛ أى تعليم الشخص طبيعة حالته ، ونوع العلاج الذى يتعين عليه استخدامه لتصحيح إدراكاته الخاطئة وتوقعاته الزائفة . وهناك احتمال أن يتعلق هذا الأمر بالفروق بين الأجيال ، أكثر من تعلقه بفرد فى عمر معين على وجه التحديد .

توقعات المعالج

لا تقتصر الأفكار غير السوية على المرضى ، فالمعالجون فى حاجة لفحص اتجاهاتهم ومعتقداتهم الشخصيه حول المسنين ، حتى يكونوا على وعى بتفكيرهم السلبى النمطى ، وتعد الصلات المتكررة بأشخاص مسنين أصحاء من الوسائل المناسبة لمقاومة هذه الاتجاهات (Emery, 1981) . ويتعين أن يكون المعالجين على وعى بالمصادر والتيسيرات المتاحة فى المجتمع المحلى ، حتى يمكن المساعدة فى إعلام المريض بالاختيارات الممكنة ، عند تطويرهم لمهاراتهم فى حل المشكلات ، وأحيانًا ما تكون مساعدة عملية صغيرة ذات فائدة فورية فى إزالة القلق ، غير أنه من المهم الاعتراف بأنه لا توجد حلول عملية لكل المشكلات الإنفعالية ، فقد يكون المريض غير سعيد فى مسكنه الجديد ، كما كان سعيداً فى القديم لمجرد كون المشكلة الأساسية صعوبه إقامة صداقات جديدة على سبيل المثال .

التوهان (٢) وضعف الذاكره

أحيانًا ما يعانى المريض صعوبة فى التركيز على النقاط البارزة ، ويستمر على سبيل المثال فى سرد مسهب لقصة معينة . ويقترح إيمرى Emery (1981) استخدام مفكرة أو جدول أعمال لكل جلسة ، مع التفاهم الواضح على أن المريض سيتم مقاطعته إذا تشتت عن الموضوع . وأحيانًا ما يشكو المرضى

---

(1) Treatment Socialization .
(2) Rambling.

المسنين المكتئبين من ضعف الذاكرة . ومن المؤكد أن هناك من يجادل فى أن المسن الذى يشكو من ضعف الذاكرة يحتمل أن يكون مكتئبًا عن أن يكون مصابًا بالعته (Feehan et al., 1991) وقد يكون فى مقدور التقييم المعرفى تقديم دلائل على صحة ذاكرة شخص ما مقارنة بأقرانه ، كما أن تسجيل التكليفات أو الأهداف المنزلية اليومية يمكن أن يؤديا إلى خفض العبء عن الذاكرة ويخدمان كمثال لكيفية استخدام معينات الذاكرة للإقلال من فشل التذكر .

تطبيقات أساليب العلاج المعرفى السلوكى مع المسنين

يذكر بعض المسنين أن لديهم مخاوف نوعية (Lindesay et al., 1989) ، يعود أغلبها إلى نقص الثقة فى النفس للخروج من المنزل ، وقد يحدث ذلك نتيجة لصدمة مثل السقوط أو التعرض لهجوم فى الطريق . وقد يتعرض الشخص للاكتئاب ، إذا ماانقطع عن مصادر الدعم المحببة له . ويمكن استخدام التعرض التدريجى أو التسكين المنظم بطريقة مفيدة . ويصف وودز (1982) Woods حالتين ، كان الشخص فيهما غير قادر على الخروج من المنزل . ويذكر ثاير (1981) Thyer نجاحًا فى علاج امرأة مسنة كانت تعانى خوافًا معوقًا من الكلاب ، وذلك باستخدام التعرض الحى . واستخدم هوسيان Hussian (1981) التدريب التطعيمي [1] لمساعدة أشخاص مسنين على التغلب علي القلق من استخدام المصعد ، وقد تضمن هذا التدريب ممارسة استخدام عبارات دالة على التغلب ، طبقت بداية بطريقة تخيلية لخفض القلق حتى مستوى معين ، يصبح التعرض الحى عنده ممكنًا . ويمكن تعليم المسنين الاسترخاء وأساليب التحكم الأخرى فى القلق (Garrison, 1978) . ومن المهم تأكيد أن الاسترخاء نفسه وليس مكونات التدريب هو المطلوب ، ذلك أن بعض المرضى المسنين ينظرون إلى تمرينات الاسترخاء على أنها وسيلة لتنشيط العضلات ، ويقومون بالتركيز تمامًا على مرحلة الشد العضلى فى الاسترخاء .

ويشير كينج وباروكلوف (1991) King and Barrowclough إلى استخدام التدخل المعرفى السلوكى مع عشرة من المرضى الخارجين (متوسط أعمارهم ٧٣ عامًا) ، ممن يعانون من القلق . ومن حيث الجوهر ، كان العلاج يتضمن مساعدة المريض على إعادة تفسير أعراض قلقة ، بدلا من ادراكها على أنها كارثه أو مهددة للحياة ، ويشجع المرضى على النظر إليها على أنها غير مهددة ، وأنها إحساسات بدنية حميدة . وتستخدم الآن بكثره بعض الأساليب مثل اختبارات الإفراط فى التنفس ، وتمرينات التحكم فى التنفس التى استخدمت مع المرضى الأصغر ، ممن يعانون من نوبات الهلع (انظر Lindsay الفصل الثامن) لتيسير هذه العمليات كلما كان ذلك ملائمًا . وقد أظهر تسعة من عشرة أشخاص انخفاضًا فى الإعراض بعد العلاج (الذى استمر ثمانى جلسات فى المتوسط) ، وقد استمر هذا التحسن بصفة عامة على امتداد فترة متابعة بين ثلاثة إلى ستة أشهر. وقد قدم هولدن (1988) Holden وصفًا مفيدًا لاستراتيجيات مساعدة المرضى المسنين ممن يكون الإفراط فى التنفس هو العامل الرئيسى فى حالتهم . كما ذكر أوست (1992) Ost دراسة حالة لمريض فى الثامنة والستين من عمره ، لديه مخاوف من الاختناق ، وحيث برهنت عملية إعادة التفسير المعرفى لأفكار المريض المفجعة ، على أنها مفتاح نجاح التدخل .

العلاجات المعرفية للأكتئاب

هناك تراث مهم من بحوث العلاج المعرفى مع المسنين (انظر مراجعة Morris and Moris, 1991; Woods, 1992) . ويذكر سيتوار وهامن (1983) Steuer and Hammen أربع حالات ، عولجت فى

(1) Inoculation training .

مجموعاتهم للعلاج الجمعى باستخدام أساليب للتنشيط السلوكى ، وحل المشكلات ، وإعادة التشكيل المعرفى . كما قدم إيمرى (1981) Emery أيضًا عرضًا لتاريخ بعض حالات ، جرى مساعدتهم ليصبحوا أكثر وعيًا بأفكارهم التلقائية ، وعلى أن يقيموا التشويه الإدراكى والإعزاءات الخاطئة. وأكثر النتائج منهجية هى التى قدمها جالاجر وطومسون Gallagher and Thompson وزملاؤهما باستخدام أسلوبهم الأكلينيكى ، الذى وصفه بصورة جيدة طومسون وزملاؤه (1986) .Thompson et al كما يورد طومسون وزملاؤه (1987) .Thompson et al دراسة مقارنة ، صنف فيها مرضى اكتئابيين خارجيين فى فئات علاج معرفى أو سلوكى ، أو علاج نفسى استبصارى ، فى برنامج علاجى فردى تتضمن ما بين ١٦ إلى ٢٠ جلسة على امتداد أربعه أشهر . وتضمن العلاج السلوكى تشجيع المرضى على زيادة مشاركتهم فى الأنشطة التى يجدون انها سارة ، وذلك اقتفاءً للنموذج الذى وضعه لوينسون (1975) Lewinsohn للاكتئاب . وكانت الأساليب العلاجية الثلاثة متساوية فى تأثيرها فى خفض الاكتئاب بنهاية فترة العلاج، بالمقارنة بمجموعة ضابطة على قائمة انتظار ، وعلى الرغم من ذلك أصبح المرضى الذين عولجوا بالاستبصار أكثر اكتئابًا وأميل للانتكاس بمعدلات أكبر خلال فترة متابعة ، استمرت عامًا (Gallagher and Thompson, 1982) . ولم تظهر فى دراسة تالية فروقًا بين أساليب العلاج على مدى عام أو عامين من المتابعه (Gallagher - Thompson et al., 1990) وتقدم هذه الدراسة وغيرها دلائل على أن العلاج المعرفى أكثر ملاءمه لقدرات الشخص واحتياجاته ، كما أنه قابل للتطبيق ، بالإضافة إلى أنه علاج يتسم بالكفاءة مع المرضى المسنين المكتئبين . وعلى الرغم من ذلك ، لا توجد أية مؤشرات على أنه يتفوق على أساليب العلاج الأخرى ، ومن الواضح أن هناك حاجة لمزيد من البحث ؛ لتحديد أكثر المكونات الفعالة فى كل أسلوب.

عــلاج الحـــزن (١)

هناك عدد قليل من التقارير حول هذا الموضوع (انظر Fasey, 1980; Parkes, 1992) ويستخلص باركس (1980) Parkes أن الدعم الإرشادى يمكن أن يخفض من مخاطر انهيار المسنين المعرضين بدرجة عاليه للأحزان ، أكثر مما يفيد مع الأشخاص الأقل عرضة لهذا الخطر . وتتضمن عوامل الخطر وجود عائلة غير مساندة (أو عدم وجود عائلة) ، علاقة متناقضة مع المتوفى ، التعرض لفقدان صدمى معين ، وبعض أزمات الحياة الكبرى المصاحبة . وعلى الرغم من صعوبة تحديد متى تصبح استجابة الحزن « غير سوية »، إلا أن التحليلات السلوكية حددت نمطين على الأقل (Gauthier and Marshall, 1977): النمط الأول عندما يحدث تجنب لاستجابة الحزن السوية ، فقد تقوم العائلة والاصدقاء بمؤامرة صمت حماية للشخص المكلوم ، من خلال عدم الإشارة إلى فقيده ، وربما بنصحه بعدم المشاركة فى مراسم الجنازه . وثمن تجنب مشاعر الحزن هو عدم التوافق على الاطلاق مع الفقدان . النمط الثانى عندما تستمر استجابة الحزن ، وحيث يظل أفراد الأسرة والأصدقاء دائبى الانتباه لحزن الشخص ومعاملته معاملة خاصة ، إلى أن يصل الشخص لمرحلة مواصلة انشطته القديمة ثانية أو يسلك فى اتجاهات جديدة . ويهدف العلاج فى مثل هذه الحالة إلى مساعدة الأسرة والأصدقاء على تشجيع هذا الاتجاه ، من خلال سلوك أكثر ملاءمة ، ومساعدة المريض تدريجيا على البدء فى مواصلة حياته من جديد ، وعندما يتُجنب الحزن فإن توجيهه قد يكون مفيدا (Hodgkinson 1982) ، وحيث تجرى مساعدة الشخص على اختبار ردود فعله الانفعالية فى بيئة آمنة مستخدما الذكريات أو مستعيدا للصور الذهنية عن الشخص المتوفى لكى ينتزع الحزن . ويوضح

(1) Grief therapy.

وودز وبرايتون Woods and Britton (1985) طريقة استخدام هذه الأساليب ، وقد وصف كافانا Kavanagh (1990) فى فترة أحدث منحًا معرفيًا سلوكيًا لعلاج الحزن . ويتضمن هذا الأسلوب دمج استراتيجيات التعرض المخطط لمؤشرات الحزن التى سبق الإشارة إليها ، مع الزيادة التدريجية فى الأنشطة والأدوار والتأكيد الإضافى على تقييم المكونات المعرفية السلبية المتزايدة ، وزيادة إمكانية الدعم الاجتماعى ، ويتعين التأكيد على أن ليس كل فرد يحتاج لعلاج الحزن ، وقد أصبح من الواضح الآن أن هناك الكثير من الفروق الفردية فى إرجاع الحزن ، التى لم يعترف بها فى الماضى (wortman and silver, 1989; Stroebe and stroebe, 1991) . كما أن هناك ضرورة لتوفير أساليب مرنة تصمم على أسس فردية .

إشراك العائلة فى العلاج

حتى عندما لا تكون هناك مشكلات فى العلاقات مع الأسرة بصورة واضحة أو فورية ، فدائمًا ما يكون من الأمور المهمة – وبعد موافقة المريض – مقابلة أفراد الأسرة أو الأشخاص ذوى الأهمية بالنسبة له . والذين قد يكون فى مقدورهم المساهمة فى خطة العلاج أو وضع مشكلات المريض فى إطار أوسع . وقد تكون للمشكلة عناصر تتعلق بعلاقات المريض ، لا تظهر إذا قابل المعالج المريض فقط . ويتضمن علاج مثل هذه المشكلات جلسات مع المريض والأسرة معًا ، مع تشجيع التواصل المفتوح بينهم للتعبير عن المشاعر والاحتياجات والاشتراك فى حل المشكلات والمساندة المتبادلة . وعندما تكون مشكلات العلاقات قائمة على امتداد فترات طويلة يتعين تحديد الأهداف . مثال ذلك قد يكون من الممكن تشجيع الزوجين على قضاء بعض الوقت متباعدين ، وحتى عندما لا يوجد تحسن فى مستوى التفاعل المحقق ستبرز بعض المشكلات الزوجية تالية لقضاء الزوجين وقت طويل معًا ، وبافتراض أن الزوج أصبح متقاعداً فإن ذلك كفيل بإفساد التوازن الذى قد يكون غير وطيد بينهما ، والذى أتاح للزوجين التعامل بتسامح قبل ذلك . ومع ظهور الكثير من الصعاب فى سياق العلاقه الأسرية ، تزايد تطبيق العلاج الأسرى فى مجال المرضى المسنين اعتماداً على نظرية النُظم ، ويحتمل أن يكون ذلك هو مجال التطور الرئيسى فى خدمات الصحة النفسية للمسنين (Benhow et al., 1990) .

علاج المشكلات الجنسية

يشكل تأثير الخرافة المتعلقة بالشيخوخة والتوقعات الخاصة بأجيال المسنين والأنماط المعرفية السلبية لدى المعالج ، فى هذا المجال على وجه الخصوص ، موقفا يخلو من أية مساعدة مطلوبة أو متاحة . وتتزايد الآن معلوماتنا حول استمرار إمكانات الأداء الجنسى للمسنين فى الأعمار المتأخرة (e. g. Corby and solnick, 1980; Comfort 1980; Baikie, 1984) وتفاعل هذا الأداء مع المشكلات الصحية واضح، ولهذا فقد يؤدى مرض السكر إلى انخفاض الأداء الجنسى لدى المسنين ، كما أن المشكلات الخاصة بأمراض القلب غالبًا ما لا تؤثر بشكل مباشر فى الأداء الجنسى . ولكن القدر من القلق حول تأثير الإجهاد هو الذى يؤدى إلى تجنب ممارسة الجنس ، والنصيحة الطبية المفيدة مطلوبة فى هذه الحالات . وقد يتضمن العلاج النفسى التصريح بالاستمرار فى علاقة جنسية نشطة (Comfort, 1980) ، أو النصح باستراتجيات لاستمرار الاستمتاع بالجنس ، عندما تمنع الإعاقة أو الظروف استمرار الأنماط السابقة، والقليل فقط هو المعروف حتى الآن حول فعالية الإجراءات المعيارية للعلاج الجنسى للمسنين .

مشكلات أخرى

هناك تقارير حول تحقيق بعض النجاح فى علاج الأرق (Friedman et al., 1991; Morgan, 1987)، باستخدام الاسترخاء وأساليب التحكم فى المنبه (١).

وتقترح بعض التقارير القليلة لدراسات الحالة إمكانية تعديل الهذاءات الاضطهادية ، من خلال تقديم عائد (١) حول سوء التفسيرات . وتدريب المريض على إبدال الأفكار العقلانية بالأفكار الأضطهادية (Hussian, 1981 : 175; Cavsten and Fremouw, 1981).

وقد تكون مشكلات تعاطى الكحول أقل انتشاراً فى الأعمار المتأخرة (Mishara and Kastenbaum, 1980; Seymour and Wattis, 1992) ولكنها موجوده . ويستمر البعض فى أنماط من التعاطى الكثيف الذى بدأة فى فترة مبكرة ، بينما يتعاطى البعض الآخر قدراً كبيراً من الخمور استجابة للفقدان . ولا توجد أية خطوط علاجية عامة متاحة لهذه الحالة ، إلا أن التحليل السلوكى الدقيق يمكن أن يشير إلى دور تقوم به الاسره ، وعلاج الحزن ، أو العمل على زيادة الاتصالات الاجتماعية . ومازالت المسكنات (٢) توصف على نطاق واسع للمسنين (Sullivan et al., 1988; Higgitt, 1992) . وغالباً لفترات طويلة ، على الرغم من القلق الشديد من تأثيراتها على المدى الطويل فى التحول إلى الاعتمادية ، والتأثيرات الجانبية على الأشخاص المسنين للغاية على وجه الخصوص ، وقد أوضح جونز Jones (1990/1991) أن توفير تدريب على اجراءات الاسترخاء مع الدعم والارشاد ، فى الوقت نفسه ارتبط بمضاعفه عدد المرضى المسنين الذين توقفوا عن استخدام الأدوية ، أو خفضوا من هذا الاستخدام مقارنه بمجموعه ضابطة ، وذلك فى إحدى مؤسسات الرعاية . كما أن هناك أيضاً مؤشرات على أن العلاج بالاسترخاء قد يكون مفيداً للمسنين من ذوى الصداع الناشىء عن التوتر (Arena et al., 1988) .

العمل الجماعى

يمكن تطبيق الكثير من الأساليب التى سبق وصفها جماعياً ، بل وطبقت بالفعل فى جلسات جماعيه . مثال ذلك أن يوست وزملائه Yost et al. (1986) يصفون علاجاً جمعياً معرفياً للمسنين المكتئبين. ويتعين أن تكون المجموعات قليلة العدد (ستة مثلا) للمساعدة على تخطى مشكلات السمع وصعوبات التواصل ، كما يتعين على القائد أن يشجع الأعضاء بطريقة نشطة على الانصات كل منهم للآخر ؛ لكى يمنع أى عضو من احتكار الحديث للمجموعة ، ويمنع الاخرين من الاستمرار فى الصمت . كما يجب تنمية تماسك المجموعة ، ودائماً ما ييسر ذلك القيام بمراجعة الحياة الشخصية للعضو والمشاركة فى خلفيات كل شخص وخبراته السابقة . كما أن اداء الواجبات المنزلية يمكن أن يتيسر بقدر كبير من خلال الجلسات الجماعية بتشجيع بقية الافراد فى المجموعة واطرائهم . ودائماً ما يكون هناك نموذج تعليمى ، يتضمن تعليمات للزوجين ، ونمذجة (٣) وبروفات سلوكية (٤) للمهارات مع أعضاء المجموعة ، وبما يوفر لكل عضو رد فعل أو عائد ملائم .

---

(1) Stimulus Control techniques.
(2) Feedback.
(3) Benzodiazepines.
(4) Modeling.
(5) Behavioural Rehearal.

خلاصـــــة

هناك مجال ضخم للعلاج المعرفى السلوكى للاضطرابات الوجدانية للمسنين ، غير أن عديداً من الأسئلة مازال قائماً ، وبصفة عامة ، فإن الأساليب المستخدمة مع العملاء صغار السن دائماً ما تقبل التطبيق مع المسنين ، والاعتبار الذى يحظى بالقدر الأكبر من الأهمية ، هو البرهنة على أن المسنين يظهرون فروقاً فردية كبيرة ، ونتيجة لذلك ، يجب تصميم برامج علاج فردية بعناية . وحزم العلاج المعياريه ذات الاستخدام العام قليلة فى ضوء التنوع فى الأشخاص والمشكلات التى يواجهها العلاج .

ويؤدى هذا التنوع لخاصيه جذابه فى العمل مع المسنين ، فالأخصائيين النفسيين العاملين مع المسنين يمكنهم تولى عديد من الأدوار ، مثل : الفحص النفسى العصبى ، ودعم الأقارب ، وإرشاد وتدريب فريق الرعاية على التعامل مع مرضى العته ومشكلاتهم ، والعلاج المعرفى ، والعلاج الأسرى ، وعلاج الحزن . . . وإمكانات تحسين مستوى حياة المسنين ، ومن يدعمونهم ، هى تحديات تنتظر من يتصدى لها .

References

Arena, J. G., Hightower, N. E. and Chong, G. C. (1988) 'Relaxation therapy for tension headache in the elderly: a prospective study', *Psychology and Aging* 3: 96–8.

Baikie, E. (1984) 'Sexuality and the elderly', in I. Hanley and J. Hodge (eds) *Psychological Approaches to the Care of the Elderly*, Beckenham, Kent: Croom Helm.

Baines, S., Saxby, P. and Ehlert, K. (1987) 'Reality orientation and reminiscence therapy: a controlled cross-over study of elderly confused people', *British Journal of Psychiatry* 151: 222–31.

Baltes, M. M. (1988) 'The etiology and maintenance of dependence in the elderly: three phases of operant research', *Behavior Therapy* 19: 301–19.

Barrowclough, C. and Fleming, I. (1986) 'Training direct care staff in goal-planning with elderly people', *Behavioural Psychotherapy* 14: 192–209.

Benbow, S., Egan, D., Marriott, A., Tregay, K., Walsh, S., Wells, J. and Wood, J. (1990) 'Using the family life cycle with later life families', *Journal of Family Therapy* 12: 321–40.

Bleathman, C. and Morton, I. (1992) 'Validation therapy: extracts from 20 groups with dementia sufferers', *Journal of Advanced Nursing* 17: 658–66.

Brane, G., Karlsson, I., Kihlgren, M. and Norberg, A. (1989), 'Integrity-promoting care of demented nursing home patients: psychological and biochemical changes', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 4: 165–72.

Brodaty, H. (1992) 'Carers: training informal carers', in T. Arie (ed.) *Recent advances in psychogeriatrics – 2*, Edinburgh: Churchill Livingstone (163–171).

Brodaty, H. and Gresham, M. (1989) 'Effect of a training programme to reduce stress in carers of patients with dementia', *British Medical Journal* 299: 1375–9.

Burgio, L. D., Burgio, K. L., Engel, B. T. and Tice, L. M. (1986) 'Increasing distance and independence of ambulation in elderly nursing home residents', *Journal of Applied Behavior Analysis* 19: 357–66.

Burgio, L., Engel, B. T., McCormick, K., Hawkins, A. and Scheve, A. (1988) 'Behavioral treatment for urinary incontinence in elderly in-patients: initial attempts to modify prompting and toileting procedures', *Behavior Therapy* 19: 345–57.

Burton, M. (1980) 'Evaluation and change in a psychogeriatric ward through direct observation and feedback', *British Journal of Psychiatry* 137: 566–71.

Carstensen, L. L. and Erickson, R. (1986) 'Enhancing the social environments of elderly nursing home residents: are high rates of interaction enough?', *Journal of Applied Behavior Analysis* 19: 349–55.

Carstensen, L. L. and Fremouw, W. J. (1981) 'The demonstration of a behavioural intervention for late-life paranoia', *Gerontologist* 21: 329–33.

Challis, D., Chessum, R., Chesterman, J., Luckett, R. and Woods, R. (1988) 'Community care for the frail elderly: an urban experiment', *British Journal of Social Work* 18 (Supplement): 13–42.

Church, M. (1983) 'Psychological therapy with elderly people', *Bulletin of the British Psychological Society* 36: 110–12.

Church, M. (1986) 'Issues in psychological therapy with elderly people', in I. G. Hanley and M. Gilhooly (eds) *Psychological Therapies for the Elderly*, London: Croom Helm.

Comfort, A. (1980) 'Sexuality in late-life', in J. E. Birren and R. B. Sloane (eds) *Handbook of mental health and aging*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Corby, N. and Solnick, R. L. (1980) 'Psychosocial and physiological influences on sexuality in the older adult', in J. E. Birren and R. B. Sloane (eds) *Handbook of Mental Health and Aging*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Davies, A. D. M. (1981) 'Neither wife nor widow: an intervention with the wife of a chronically handicapped man during hospital visits', *Behaviour Research and Therapy* 19: 449–51.

Davies, A. D. M. (1982) 'Research with elderly people in long-term care: some social and organisational factors affecting psychological interventions', *Ageing and Society* 2: 285–98.

Davies, A. D. M. and Snaith, P. (1980a) 'Meal-time problems in a continuing-care hospital for the elderly', *Age and Ageing* 9: 100–105.

Davies, A. D. M. and Snaith, P. (1980b) 'The social behaviour of geriatric patients at meal-times: an observational and an intervention study', *Age and Ageing* 9: 93–9.

Dietch, J. T., Hewett, L. J. and Jones, S. (1989) 'Adverse effects of reality orientation', *Journal of American Geriatrics Society* 37: 974–76.

Emery, G. (1981) 'Cognitive therapy with the elderly', in G. Emery, S. D. Hollon and R. C. Bedrosian (eds) *New directions in cognitive therapy*, New York: Guilford.

Fasey, C. N. (1990) 'Grief in old age: a review of the literature', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5: 67–75.

Feehan, M., Knight, R. G. and Partridge, F. M. (1991) 'Cognitive complaint and test performance in elderly patients suffering depression or dementia', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 287–93.

Feil, N. (1989) *Validation: the Feil method, 2nd edn*, Cleveland, Ohio: Edward Feil Productions; Bicester: Winslow Press.

Friedman, L., Bliwise, D. L., Yesavage, J. A. and Salom, S. R. (1991) 'A preliminary study comparing sleep restriction and relaxation treatments for insomnia in older adults', *Journal of Gerontology* 46: P1–8.

Gaebler, H. C. and Hemsley, D. R. (1991) 'The assessment and short-term manipulation of affect in the severely demented', *Behavioural Psychotherapy* 19: 145–56.

Gallagher, D. and Thompson, L. (1982) 'Treatment of major depressive disorder in older adult out-patients with brief psychotherapies', *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19: 482–90.

Gallagher-Thompson, D., Hanley-Peterson, P. and Thompson, L. (1990) 'Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 371–4.

Garrison, J. E. (1978) 'Stress management training for the elderly: a psychoeducational approach', *Journal of American Geriatrics Society* 26: 397–403.

Gauthier, J. and Marshall, W. L. (1977) 'Grief: a cognitive-behavioural analysis', *Cognitive Therapy and Research* 1: 39–44.

Gendron, C. E., Poitras, L. R. and Engels, M. L. *et al.* (1986) 'Skills training with supporters of the demented', *Journal of American Geriatrics Society* 34: 875–80.

Green, G. R., Linsk, N. L. and Pinkston, E. M. (1986) 'Modification of verbal behavior of the mentally impaired elderly by their spouses', *Journal of Applied Behavior Analysis* 19: 329–36.

Hanley, I. G. (1981) 'The use of signposts and active training to modify ward disorientation in elderly patients', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 12: 241–7.

Haughie, E., Milne, D. and Elliott, V. (1992) 'An evaluation of companion dogs with elderly psychiatric patients', *Behavioural Psychotherapy* 20: 367–72.

Head, D., Portnoy, S. and Woods, R. T. (1990) 'The impact of reminiscence groups in two different settings', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5: 295–302.

Higgitt, A. (1992) 'Dependency on prescribed drugs', *Reviews in Clinical Gerontology* 2: 151–5.

Hinchliffe, A. C., Hyman, I., Blizard, B. and Livingston, G. (1992) 'The impact on carers of behavioural difficulties in dementia: a pilot study on management', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 579–83.

Hodge, J. (1984) 'Towards a behavioural analysis of dementia', in I. Hanley and J. Hodge (eds) *Psychological Approaches to the Care of the Elderly*, London: Croom Helm.

Hodgkinson, P. E. (1982) 'Abnormal grief: the problem of therapy', *British Journal of Medical Psychology* 55: 29–34.

Holden, U. P. (1988) 'Hyperventilation', in U. P. Holden (ed.) *Neuropsychology and Ageing: Definitions, Explanations and Practical Approaches*, London: Croom Helm (177–92).

Holden, U. P. and Woods, R. T. (1988) *Reality Orientation: Psychological Approaches to the 'Confused' Elderly, 2nd edn*, Edinburgh: Churchill Livingstone.

Hussian, R. A. (1981) *Geriatric Psychology: A Behavioral Perspective*, New York: Van Nostrand Reinhold.

Hussian, R. A. and Brown, D. C. (1987) 'Use of two-dimensional grid patterns to limit hazardous ambulation in demented patients', *Journal of Gerontology* 42: 558–60.

Ingstad, P. J. and Gotestam, K. G. (1987) 'Staff attitude changes after environmental changes on a ward for psychogeriatric patients', *International Journal of Social Psychiatry* 33: 237–44.

Jacoby, R. and Oppenheimer, C. (eds) (1991) *Psychiatry in the Elderly*, Oxford: Oxford University Press.

Jones, D. (1990/1991) 'Weaning elderly patients off psychotropic drugs in general practice: a randomised controlled trial', *Health Trends* 22: 164–6.

Kavanagh, D. J. (1990) 'Towards a cognitive-behavioural intervention for adult grief reactions', *British Journal of Psychiatry* 157: 373–83.

King, P. and Barrowclough, C. (1991) 'A clinical pilot study of cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders in the elderly', *Behavioural Psychotherapy* 19: 337–45.

Kitwood, T. (1990) 'The dialectics of dementia: with particular reference to Alzheimer's disease', *Ageing and Society* 10: 177–96.

Kitwood, T. and Bredin, K. (1992) 'Towards a theory of dementia care: personhood and well-being', *Ageing and Society* 12: 269–87.

Knight, B. (1986) *Psychotherapy with Older Adults*, Beverly Hills: Sage.

Knight, B. (1992) *Case-histories in Psychotherapy with Older Adults*, Beverly Hills: Sage.

Lam, D. H. and Woods, R. T. (1986) 'Ward orientation training in dementia: a single-case study', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1: 145–7.

Lewinsohn, P. M. (1975) 'The behavioural study and treatment of depression', in M. Hersen, R. Eisler and B. Miller (eds) *Progress in Behavior Modification – 1*, London: Academic Press.

Lindesay, J., Briggs, K. and Murphy, E. (1989) 'The Guys/Age Concern survey: prevalence rates of cognitive impairment, depression and anxiety in an urban elderly community', *British Journal of Psychiatry* 155: 317–29.

Lindesay, J., Briggs, K., Lawes, M., Macdonald, A. and Herzberg, J. (1991) 'The domus philosophy: a comparative evaluation of a new approach to residential care for the demented elderly', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 727–36.

Lovett, S. and Gallagher, D. (1988) 'Psychoeducational interventions for family caregivers: preliminary efficacy data', *Behavior Therapy* 19: 321–30.

Manser, M. (1991) 'Design of environments', in R. Jacoby and C. Oppenheimer (eds) *Psychiatry in the elderly*, Oxford: Oxford University Press (550–70).

Marshall, M. (1992) 'Designing for confused old people', in T. Arie (ed.) *Recent Advances in Psychogeriatrics – 2*, Edinburgh: Churchill Livingstone (201–16).

Mayer, R. and Darby, S. (1991) 'Does a mirror deter wandering in demented older people?', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 607–9.

Melin, L. and Gotestam, K. (1981) 'The effects of rearranging ward routines on communication and eating behaviours of psychogeriatric patients', *Journal of Applied Behavior Analysis* 14: 47–51.

Miller, E. (1977) 'The management of dementia: a review of some possibilities', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 16: 77–83.

Mishara, B. L. and Kastenbaum, R. (1980) *Alcohol and Old Age*, New York: Grune & Stratton.

Morgan, K. (1987) *Sleep and Ageing*, London: Croom Helm.

Morris, R. G. and Morris, L. W. (1991) 'Cognitive and behavioural approaches with the depressed elderly', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 407–13.

Morris, R. G., Morris, L. W. and Britton, P. G. (1988) 'Factors affecting the emotional well-being of the caregivers of dementia sufferers', *British Journal of Psychiatry* 153: 147–56.

Morton, I. and Bleathman, C. (1991) 'The effectiveness of validation therapy in dementia: a pilot study', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 327–30.

Murphy, E. (1982) 'Social origins of depression in old age', *British Journal of Psychiatry* 141: 135–42.

Netten, A. (1993) *A Positive Environment? Physical and Social Influences on People with Senile Dementia in Residential Care*, Aldershot: Ashgate.

Norberg, A., Melin, E. and Asplund, K. (1986) 'Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia: an exploratory study', *International Journal of Nursing Studies* 23: 315–23.

Norris, A. (1986) *Reminiscence*, London: Winslow Press.

Ost, L. (1992) 'Cognitive therapy in a case of choking phobia', *Behavioural Psychotherapy* 20: 79–84.

Parkes, C. M. (1980) 'Bereavement counselling', *British Medical Journal* 281: 3–6.

Parkes, C. M. (1992) 'Bereavement and mental health in the elderly', *Reviews in Clinical Gerontology* 2: 45–51.

Patterson, R. L. and Jackson, G. M. (1980) 'Behavior modification with the elderly', *Progress in Behavior Modification* 9: 205–39.

Pinkston, E. M., Linsk, N. L. and Young, R. N. (1988) 'Home-based behavioral family treatment of the impaired elderly', *Behavior Therapy* 19: 331–44.

Pitt, B. (1991) 'Depression in the general hospital setting', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 363–70.

Rabbitt, P. (1988) 'Social psychology, neurosciences and cognitive psychology need each other; (and gerontology needs all three of them)', *Psychologist* 12: 500–6.

Reeve, W. and Ivison, D. (1985) 'Use of environmental manipulation and classroom and modified informal reality orientation with institutionalized, confused elderly patients', *Age and Ageing* 14: 119–21.

Ritchie, K., Colvez, A., Ankri, J., Ledesert, B., Gardent, H. and Fontaine, A. (1992) 'The evaluation of long-term care for the dementing elderly: a comparative study of hospital and collective non-medical care in France', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 549–57.

Rona, D., Wylie, B. and Bellwood, S. (1986) 'Behaviour treatment of day-time incontinence in elderly male and female patients', *Behavioural Psychotherapy* 14: 13–20.

Schnelle, J. F., Traughber, B., Sowell, V. A., Newman, D. R., Petrilli, C. O. and Ory, M. (1989) 'Prompted voiding treatment of urinary incontinence in nursing home patients: a behavior management approach for nursing home staff', *Journal of American Geriatrics Society* 37: 1051–7.

Seymour, J. and Wattis, J. P. (1992) 'Alcohol abuse in the elderly', *Reviews in Clinical Gerontology* 2: 141–50.

Smyer, M. A., Zarit, S. H. and Qualls, S. H. (1990) 'Psychological intervention with the aging individual', in J. E. Birren and K. W. Schaie (eds) *Handbook of the Psychology of Aging*, San Diego: Academic Press (375–403).

Steuer, J. L. and Hammen, C. L. (1983) 'Cognitive-behavioural group therapy for the depressed elderly; issues and adaptations', *Cognitive Therapy and Research* 7: 285–96.

Stroebe, M. and Stroebe, W. (1991) 'Does "grief-work" work?', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 479–82.

Sullivan, C. F., Copeland, J. R. M. and Dewey, M. E., Davidson, I. A., McWilliam, C., Saunders, P., Sharma, V. K. and Voruganti, L. N. P. (1988) 'Benzodiazepine usage amongst the elderly: findings of the Liverpool community survey', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 3: 289–92.

Sutcliffe, C. and Larner, S. (1988) 'Counselling carers of the elderly at home: a preliminary study', *British Journal of Clinical Psychology* 27: 177–8.

Thompson, L. W., Davies, R., Gallagher, D. and Krantz, S. E. (1986) 'Cognitive therapy with older adults', in T. L. Brink (ed.) *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, New York: Haworth: (245–79).

Thompson, L. W., Gallagher, D. and Breckenridge, J. S. (1987) 'Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 385–90.

Thornton, S. and Brotchie, J. (1987) 'Reminiscence: a critical review of the empirical literature', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 93–111.

Thyer, B. A. (1981) 'Prolonged *in-vivo* exposure therapy with a 70-year-old woman', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 12: 69–71.

Toseland, R. W. and Smith, G. C. (1990) 'Effectiveness of individual counselling by professional and peer helpers for family caregivers of the elderly', *Psychology and Aging* 5: 256–63.

Toseland, R. W., Rossiter, C. M. and Labrecque, M. S. (1989) 'The effectiveness of peer-led and professionally led groups to support family caregivers', *Gerontologist* 29: 465–71.

Wattis, J. and Church, M. (1986) *Practical Psychiatry of Old Age*, London: Croom Helm.

Williams, R., Reeve, W., Ivison, D. and Kavanagh, D. (1987) 'Use of environmental manipulation and modified informal reality orientation with institutionalized confused elderly subjects: a replication', *Age and Ageing* 16: 315–18.

Woods, R. T. (1982) 'The psychology of ageing: assessment of defects and their management', in R. Levy and F. Post (eds) *The Psychiatry of Late Life*, Oxford: Blackwell (68–113).

Woods, R. T. (1991) 'What can be learned from studies on reality orientation?' in G. Jones and B. Miesen (eds) *Care-giving in Dementia*, London: Routledge (121–36).

Woods, R. T. (1992) 'Psychological therapies and their efficacy', *Reviews in Clinical Gerontology* 2: 171–83.

Woods, R. T. and Britton, P. G. (1985) *Clinical Psychology with the Elderly*, London: Croom Helm/Chapman and Hall.

Woods, R. T., Portnoy, S., Head, D. and Jones, G. (1991) 'Reminiscence and life-review with persons with dementia: which way forward?' in G. Jones and B. Miesen (eds) *Care-giving in Dementia*, London: Routledge (137–61).

Wortman, C. B. and Silver, R. B. (1989) 'The myths of coping with loss', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 349–57.

Yost, E. B., Beutler, L. E., Corbishley, M. A. and Allender, J. R. (1986) *Group Cognitive Therapy: A Treatment Approach for Depressed Older Adults*, Oxford: Pergamon Press.

Zarit, S. H., Anthony, C. R. and Boutselis, M. (1987) 'Interventions with care-givers of dementia patients: comparison of two approaches', *Psychology and Aging* 2: 225–32.